Aus der Chirurgischen Poliklinik und Privatklinik von Geheimrat
Universitäts-Professor Dr. med. et phil. Ph. Bockenheimer

Der derzeitige Stand der Gastroenterostomie

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin**

Von

Kurt Herlitz
approb. Arzt aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 19. November 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

172

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Bonhoeffer**
Referenten: Prof. Dr. **Bockenheimer**
Prof. Dr. **Hildebrand**

Im Jahre 1881 hat Anton Wölfler die Gastroenterostomia antecolica anterior zum ersten Male ausgeführt. Da seine Methode infolge des Hinaufziehens des Jejunums über das Querkolon mitunter folgenschwere Passagestörungen im Darm verursachte, legte v. Hacker vier Jahre später die Gastroenterostomie als retrocolica posterior an.

Heute ist die letztere fast immer die Methode der Wahl, und im allgemeinen gelten folgende Vorschriften für ihre Vorbereitung und Ausführung:

Vor der Operation brauchen nur schwache Patienten das Bett zu hüten. Am Vorabend ist flüssige Kost zu reichen und für Entleerung des Magens Sorge zu tragen. Sorgfältige Zahn- und Mundpflege muß beachtet werden. Am Operationstage selbst ist eine Magenausspülung erforderlich.

Nach der Desinfektion der Bauchdecken mit zweifachem Jodstrich kann man entweder in der Linea alba oder quer unterhalb des linken Rippenbogens durch die Musculi recti den Bauch eröffnen.

Darauf sucht man mit dem Socinschen Handgriff die oberste Schlinge des Jejunums, die Plica duodenojejunalis, auf und wählt sie nach Petersens Vorgang möglichst kurz. Dann wird die Hinterwand des Magens durch das stumpf gespaltene Mesokolon vorgezogen. Beide Organteile werden mit Klemmzangen gefaßt, der Darm von oben, der Magen von unten her. Man legt beide Zangen parallel nebeneinander und stopft die Bauchhöhle rundherum mit Gazetampons sicher ab.

Nach vielen fast regelmäßig mißglückten Versuchen, die Eröffnung der Eingeweideteile während der Operation zu vermeiden, hat man sich lange Zeit zur Anastomosierung des Murphyknopfes bedient. Schnelligkeit der Vereinigung, Haltbarkeit derselben, Vermeidung des Circulus vitiosus und vereinfachte Operationstechnik wurden als seine Vorteile gepriesen. Nachdem sich trotz oft vorgenommener Neukonstruktion seine Mängel herausgestellt hatten, wendet man heute wieder die Nahtmethode an.

Man eröffnet mit dem Skalpell oder dem Thermokauter die abgeklemmten Teile der Organe und vereinigt die Wundränder erst hinten durch Lembertsche Knopfnähte, dann vorn durch fort-

laufende Naht. Es genügt, nur seromuskuläre Nähte anzulegen; die Schleimhaut braucht nicht mitgenäht zu werden, da sich ihre Ränder infolge der Neigung der Schleimhaut, sich nach außen umzukrempeln, von selbst aneinander legen. Nach Zurückstopfen der Eingeweide und Entfernung der Gazetampons kann man mit der Bauchdeckennaht beginnen.

Von den nach der Operation eintretenden Komplikationen ist der Circulus vitiosus am gefährlichsten. Er kommt entweder durch Einfließen des Magensaftes in den zuführenden Schenkel und dadurch entstehende Kompression des abführenden Schenkels zustande oder durch Spornbildung oder durch Drehung der Schenkel umeinander. Die besten Sicherungen gegen ihn sind die Braun'sche Enteroanastomose und die Rouxsche Y-Methode; weniger bewährt hat sich Rutkowskis und Witzels Methode, die im Einführen eines Dauerkatheters in den abführenden Schenkel besteht. Bei Anwendung der Petersenschen Methode ist der Circulus vitiosus eine Seltenheit geworden, so daß eine besondere prophylaktische Maßnahme gegen ihn unnötig ist.

Eine zweite heute beachtenswertere, weil häufigere Folgeerscheinung der Gastroenterostomie ist das Ulcus pepticum jejuni. Es tritt frühestens 10 Tage, mitunter erst 11 Jahre nach allen Arten der künstlichen Magendarmfistel auf. Da es wahrscheinlich auf Gewebsschädigungen zurückzuführen ist, soll man ihm dadurch vorbeugen, daß man im Innern der Fistel nur resorbierbares Nahtmaterial (Katgut statt Seide!) verwendet und jede Organschädigung durch Instrumente vermeidet. Ist es einmal entstanden, so genügt oft zu seiner Bekämpfung eine interne Behandlung; hat sie keinen Erfolg, so ist ein zweiter Eingriff erforderlich.

Als dritte Komplikation kommt die Verengerung der Fistelöffnung in Frage. Sie kann durch entzündliche Infiltrationen der Anastomosenränder oder durch vermehrte Narbenbildung und -schrumpfung bei verzögerter Wundheilung der Anastomose entstehen. Tritt eine Verengerung ein, so ist die Fistel operativ zu erweitern.

Die Vorteile der Gastroenterostomia retrocolica posterior gegenüber der anterior antecolica sind folgende: Der Circulus vitiosus entsteht nach ersterer bei Anwendung der Petersenschen Modifikation nur in 0,7 %, bei letzterer dagegen in 7 % aller Fälle. Ferner beeinträchtigt die Retrocolica die normalanatomische Lage der Organe und den physiologischen Verdauungsvorgang weniger als die Antecolica.

Für die Indikationsstellung zur Anlegung der Gastroenterostomie hat vor allen Dingen der Satz zu gelten: Bei offenem Pylorus ist sie — mit Ausnahme des Ulcus ventriculi und duodeni — in der Regel nicht auszuführen. Sie ist indiziert beim

inoperablen stenosierenden Magenkarzinom, beim stenosierenden chronischen Magengeschwür und bei allen anderen Ulcera des Magens, die anhaltende Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Abmagerung, Schmerzen und wiederholte Blutungen im Gefolge haben; ferner beim Ulcus duodeni, bei tuberkulösen, syphilitischen und Verätzungsgeschwüren und beim Sanduhrmagen, wo sie am kardialen Sack angelegt wird. Den offenen Pylorus in den obenerwähnten Fällen verschließt man nach Willms' Vorgang mit einem Faszienstreifen.

Die Dauerresultate der Gastroenterostomie sind bei Karzinom nicht günstig. Bei einer Mortalität von 20—25 % bedeutet die Operation in den übrigen Fällen meistens nur einen Aufschub von wenigen Monaten. Bei gutartigen Magenerkrankungen dagegen beträgt die Mortalität nach der Gastroenterostomie nur 8 %. Ihre Erfolge in bezug auf Heilwirkung und Funktion sind in diesen Fällen sehr günstig. Man rechnet mit fast 90 % Heilung. Die Motilität und der Chemismus des Magens erreichen im Laufe von höchstens 3—4 Jahren unter Fortfall aller subjektiven Beschwerden fast immer ihren normalen Zustand.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Bockenheimer für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und für die wohlwollende Unterstützung, die er mir bei ihrer Anfertigung zuteil werden ließ, aufrichtig zu danken. Herr Geheimrat Bockenheimer hat mir in liebenswürdigster Weise neben der Erlaubnis zur Operationsassistenz Einsicht in sein zahlreiches Material gewährt und mir die Benutzung seiner Privatbibliothek gestattet.